

УДК 616.34—007.272—07

С. С. ШАРИМАНЯН

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Среди острых заболеваний органов брюшной полости непроходимость кишечника продолжает оставаться самым тяжелым страданием с высоким процентом летальности.

Среди путей снижения летальности наибольшее значение имеет ранняя диагностика и своевременная операция.

Диагноз непроходимости должен быть поставлен с учетом и дополнительных симптомов, не дожидаясь появления всех основных.

Среди острых заболеваний органов брюшной полости непроходимость кишечника продолжает оставаться самым тяжелым страданием, дающим довольно большой процент летальности.

Еще в 1927 г. послеоперационная летальность по Союзу составляла 50—60%. За истекшие годы многое сделано для снижения летальности, и к 1966 г. она составляла уже около 15%. Примечательно, что снизить этот процент дальше пока не удастся, и в течение последних пяти лет он остается стабильным [1].

Нами изучен вопрос непроходимости кишечника по данным клиник Еревана за 10 лет (с 1956 по 1965 г.). Летальность в этот период составляла около 20%. За последние 5—6 лет она почти не изменилась, и, по данным главного хирурга породского отдела здравоохранения, составляет 25%. По районам нашей республики она составляет за 5 последних лет около 20%. Причем почти в половине случаев непроходимость вызвана спаечным процессом в брюшной полости. За последние годы положение изменилось, и, по новым данным, непроходимость на почве спаечного процесса составляет 80%, из них 76% падает на страгуляционный вид [2].

Из приведенных данных видно, что летальность за последние годы не снижается. Естественно возникает вопрос, возможно ли дальнейшее снижение летальности при острой непроходимости кишечника. Ответ должен быть один: несомненно возможно, и мы обязательно должны добиться этого.

Пути снижения летальности сводятся в основном к ранней диагностике и своевременной операции, проведению необходимых методов исследования в кратчайший срок в сомнительных случаях, подготовке больного к операции, производству последней на уровне современных требований и, наконец, рациональному проведению послеоперационного

периода. Но основным является все-таки ранняя диагностика и, следовательно, своевременная операция.

Известно, что излечить больного с перерастянутой стенкой всего кишечника с нарушенной всасываемостью ее и уже наступившей тяжелой интоксикацией, как правило, невозможно. Поэтому нужно распознать острую непроходимость кишечника, когда у больного еще нет таких тяжелых необратимых изменений.

Исходя из этого, я позволю себе остановиться на некоторых вопросах ранней диагностики. В осуществлении ранней диагностики важная роль принадлежит врачам скорой помощи, которые, как правило, первыми наблюдают больных. Они должны немедленно направлять больных в больницу даже при малейшем подозрении на непроходимость кишечника, не прибегая к каким-либо мероприятиям в домашних условиях и не тратя на это времени.

Непроходимость кишечника является, по существу, не отдельной нозологической формой, а сборным понятием, включающим в себя самые разнообразные патологические процессы и формы заболевания, объединенные в одну группу только одним признаком — нарушением проходимости кишечника. Это болезненное состояние характеризуется следующими основными симптомами: задержка стула и прекращение отхождения газов, вздутие живота, рвота и интоксикация организма.

Такая клиническая картина полностью со всеми выраженными симптомами бывает уже в поздних, запущенных случаях заболевания, когда спасение больного не представляется возможным. И было бы большой, часто непоправимой, ошибкой в ранней стадии заболевания не поставить диагноза непроходимости из-за отсутствия всего симптомокомплекса.

Необходимо помнить, что в начале заболевания и при различных формах его некоторые основные признаки могут отсутствовать вовсе. Так, например, в начале заболевания могут еще отходить газы после клизмы из дистальных отделов кишечника. Рвоты может долго не быть при обтурационной непроходимости и особенно при непроходимости толстого кишечника. Вздутие живота появляется тоже не сразу, для его развития требуется время, иногда часы, а при некоторых формах непроходимости и дни. Интоксикация организма, являясь как бы заключительным симптомом в общей картине заболевания, появляется в результате всасывания токсинов и нарушения обмена веществ и, следовательно, для своего появления требует время.

Основные симптомы появляются не сразу и не одновременно. Некоторые из них развиваются медленно и проявляются постепенно, другие появляются в самом начале заболевания и бывают выражены ясно.

Но помимо основных симптомов, нужно знать, видеть и уметь выявлять характерные для отдельных форм непроходимости и дополнительные симптомы, диагностическая ценность которых порой бывает больше и важнее каждого из основных симптомов в отдельности.

Для диагностики непроходимости кишечника большое значение имеет прежде всего внимательный расспрос больного, из чего можно установить характер болей, что очень важно. Если боли бывают приступами, схваткообразные, то нужно выяснить частоту и продолжительность их, длительность свободного промежутка, периодичность. Необходимо установить локализацию болей (изменяется ли интенсивность их в ту или другую сторону), узнать, оперировался ли больной в прошлом.

Помимо оценки общего состояния больного (определение пульса, давления, температуры и др.), чрезвычайно важное значение имеет внимательный осмотр живота больного. При этом устанавливается — имеется ли вздутие живота, равномерно оно или нет; отмечается ли стойкая асимметрия его, грубое, бросающееся в глаза локальное выпячивание, занимающее половину живота или часть его. Наличие указанных изменений должно навести исследующего врача на мысль о непроходимости кишечника у больного.

Асимметрия живота вызывается вздутием одной или нескольких петель кишок, вследствие накопления в них газов на почве странгуляции (симптом Wahl'я). На остальном протяжении живот может быть совсем не вздут. Вздутие всего живота наступит позже, для этого нужно время. Важно знать, что при такой форме непроходимости боли у больного, как правило, очень сильные и должны носить постоянный характер. Схваткообразных болей в этом случае не будет, так как вследствие сдавления брыжейки наступает парез кишечника и перистальтика отсутствует. Пульс в самом начале бывает замедленный вследствие вагус-рефлекса, а не учащенный, как это бывает в запущенных случаях.

Бурное начало заболевания, сопровождающееся рвотой и болями в животе, часто ошибочно принимают за пищевое отравление.

Другой ценный симптом, который можно обнаружить при внимательном осмотре живота, — это контурирование на передней брюшной стенке одной или нескольких петель кишок. Этот симптом непостоянный. Он появляется с каждой перистальтической волной и исчезает с затуханием ее. Контурирование петли или петель кишок носит периодический характер, появляясь через каждые 5—10—15 минут, сопровождается кратковременными, но сильными схваткообразными болями. Эту симптоматику, характерную для обтурационной формы непроходимости, можно вызвать поколачиванием по брюшной стенке или поглаживанием ее. Наличие этого симптома всегда говорит о непроходимости кишечника. Можно сказать, что он является патомоничным симптомом для непроходимости кишечника: если этот симптом есть, значит — есть непроходимость. Но этот важный симптом можно просмотреть, если врач, исследующий больного, не задерживается у постели последнего. Врач может не распознать непроходимость, если он осматривает больного в промежуток времени между двумя перистальтическими волнами. Необходимо дожидаться наступления перистальтики кишечника или вызвать этот симптом, и лишь тогда можно поставить диагноз непроходимости.

И, наконец, еще одно — установление болезненной колбасовидной опухоли чаще в правой подвздошной области (или в других местах живота). вследствие илеоцекальной инвагинации. главным образом у детей. Контурирование на брюшной стенке указанного образования и четкое прощупывание его во время каждой перистальтической волны говорит за инвагинацию. К сожалению, при такой ясной клинической картине не всегда распознается это страдание и ошибочно ставится диагноз дизентерии на основании того, что у больного появляется стулом кровь и слизь — симптомы дальнейшего развития этой тяжелой патологии. Приходилось наблюдать случаи, когда ребенка с инвагинацией направляли в инфекционную больницу и здесь, установив, что у больного дизентерии нет, на что уходило время, ребенка снова направляли в хирургическое отделение. Таким образом, упускается дорогое время, и уже в тяжелом состоянии, часто с выраженной интоксикацией, больного оперируют.

При внимательном отношении к больному и определенной «ургентной» настороженности почти всегда можно распознать непроходимость.

При положительном диагнозе необходимо прибегнуть к известным мероприятиям, из которых наибольшее значение имеют обычные и сифонные клизмы, применение газоотводной трубки, введение лекарственных веществ, возбуждающих перистальтику кишок, активное отсасывание зондом желудочного содержимого и др. Наш опыт показал, что применение юлопочечной блокады при парезах кишечника, как правило, не дает эффекта. На это указывает также профессор Н. Н. Еланский [3].

Мероприятия, о которых говорилось выше, нужно проводить немедленно, и результат должен быть выяснен в течение максимум двух часов: или непроходимость должна разрешиться, или она остается, и тогда операция неминуема.

Для правильной оценки результатов проведенных мероприятий необходимо, чтобы их выполнял сам врач.

Но если все-таки после всего сделанного вопрос решить окончательно не удастся, тогда нужно решиться на операцию. Опыт показывает, что в таких неясных случаях операция большей частью бывает оправданной.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета
Ереванского медицинского института

Поступила 7/II 1972 г.

Ս. Ս. ՇԱՐԻՄԱՆՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԱՆԱՅԱՆԵԼՈՒԹՅԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՅԵՐ

Ա. մ. փ. ռ. փ. ռ. մ.

Որովայնի խոռոչի օրգանների սուր հիվանդությունների շարքում աղիների անանցանելիությունը ամենածանր տառապանքներից է, որը տալիս է

բավականին մեծ մահացություն: Վերջին 5 տարիներին մեր հանրապետությունում այն կազմել է 20, իսկ Երևանում՝ 25%:

Մահացությունն իջեցնելու ուղիները մի քանիսն են, բայց ամենակարեւորը վաղ ախտորոշումն է և ժամանակին կատարված վիրահատական միջամտությունը: Կլինիկական պատկերն իր բոլոր արտահայտված ախտանշաններով դարգանում է ուշացած և բարձիթող արված դեպքերում, երբ հիվանդի փրկությունը դառնում է անհնարին: Հիմնական ախտանշաններին զուգընթաց պետք է դիտենալ, տեսնել և հայտնաբերել անանցանելիության առանձին ձևերին հատուկ մի շարք լրացուցիչ ախտանշաններ՝ որովայնի անհամաչափությունը, դալարների ուրվագծումը որովայնի առաջնային պատի վրա, երշիկանման ուռուցքի շոշափումը որովայնի խոռոչում: Ախտորոշելուց հետո անհրաժեշտ է դիմել հայտնի կոնսերվատիվ միջոցառումներին, որը պետք է կատարի բժիշկը: Եթե երկու ժամվա ընթացքում կատարված միջոցառումներից հետո անանցանելիության երևույթները չեն վերանում, ապա վիրահատությունն անխուսափելի է: Այն դեպքերում, երբ հնարավոր չէ հարցը վերջնականապես լուծել, նույնպես անհրաժեշտ է հիվանդին վիրահատել:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Комаров Б. Д., Крохалев А. А., Виноградов О. И., Румянцева А. В., Фидрус Е. И. Хирургия, 1971, 10, стр. 150.
2. Арапов Д. А., Ушанская В. В. Вестник хирургии им. Грекова, 1971, 11, стр. 3.
3. Еланский Н. Н. Хирургические болезни. М., 1964, стр. 369.